

## 医療用医薬品保管依頼書

医療用医薬品の保管をお願いいたします。また、学校における日常の取組及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を教職員で共有することに同意します。

令和      年      月      日

保護者氏名

印

学校名				
児童・生徒氏名		性別	男      ・      女	
学年・組	年      組      担任(      )	生年月日	平成      年      月      日	
診断名				
主な症状等				
学校生活での注意事項				
緊急時の対応についての注意事項				
医薬品について	現在使用している 医薬品名			
	使用に当たっての 注意事項			
	保管場所・保管方法 についての注意事項	定期的な点検または交換時期(      )		
薬物アレルギーの有無	有      ・      無	どのような医薬品ですか？(      )		
医療機関情報	医療機関名			
	所在地			
	電話番号	(      )      —		
	主治医名	科      先生		
緊急時連絡先(優先順に記入してください)	優先連絡順	氏名	続柄	連絡先(電話番号)
	①			(      )      —
	②			(      )      —
	③			(      )      —
その他連絡事項				